

Délégation départementale de Paris  
Agence Régionale de Santé Île-de-France

Ville de Paris  
Sous-direction de l'autonomie  
Direction des solidarités

Ville de Paris  
Direction des solidarités  
Sous-direction de l'autonomie  
Affaire suivie par [REDACTED]  
Courriel : [REDACTED]@paris.fr

Agence Régionale de Santé  
Délégation départementale de Paris  
Affaire suivie par [REDACTED]  
Courriel : [REDACTED]@ars.sante.fr

Monsieur Raphaël DIAZ  
Directeur général  
Fondation COS Alexandre GLASBERG  
88 boulevard de Sébastopol  
75003 Paris

Saint-Denis, le

**Lettre recommandée avec AR**  
**N°**

Monsieur le Directeur Général,

Comme annoncé dans le courriel du 10 octobre 2024, une inspection de l'EHPAD « Jeanne d'Arc » a été réalisée au titre du programme pluriannuel de contrôle des EHPAD, programme qui s'inscrit dans le cadre de l'orientation nationale d'inspection contrôle validée par le Conseil national de pilotage des ARS et des engagements de la Ville de Paris de renforcer les contrôles des EHPAD parisiens.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, en application des articles L.121-1 et L.122-1 du code des relations entre le public et l'administration, nous vous avons adressé le rapport que nous a remis la mission d'inspection, ainsi que 2 injonctions, 19 prescriptions et 8 recommandations que nous envisagions de vous notifier.

Vous nous avez transmis le 19 août dernier des éléments de réponse et nous vous en remercions. Nous notons que des corrections et des précisions ont été apportées à certaines mesures. Elles ont été retirées.

Cependant, au regard de l'ensemble des éléments de réponse apportés, des actions correctrices restent nécessaires. Aussi, vous vous notifiions à titre définitif 1 injonction, 20 prescriptions (dont 7 sont partiellement maintenues) et 4 recommandations que vous trouverez en annexe au présent courrier.

Nous appelons votre attention sur la nécessité de transmettre à la Délégation départementale de Paris de l'ARS Île-de-France et à la Ville de Paris les éléments de preuve documentaire permettant la levée définitive de ces décisions. Pour cela, veuillez utiliser la plateforme Bluefiles (<https://bluefiles.com/ars/ars-dd75-inspection-contrôle-sur-pieces>) pour l'ARS et communiquer les pièces par mail à la Ville de Paris ([dsol-autonomie-inspection@paris.fr](mailto:dsol-autonomie-inspection@paris.fr))

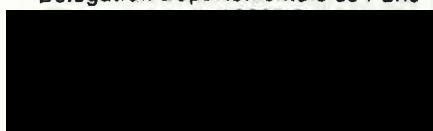
Nous vous rappelons que l'absence de mise en œuvre, dans le délai imparti, des mesures correctrices enjointes peut être sanctionnée par application des dispositions des articles L. 313-14 et L.313-16 du code de l'action sociale et des familles par l'application de sanctions financières, la mise sous administration provisoire ou la suspension, la cessation ou la fermeture, totale ou partielle, de l'activité de l'établissement.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif dans les deux mois suivant la réception de la présente notification. Le tribunal administratif peut être saisi par l'application *Télérecours citoyens* accessible sur le site <https://citoyens.telerecours.fr>

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre considération distinguée.

Pour le Directeur général de l'Agence régionale  
de santé Île-de-France et par délégation,  
Le Directeur de la Délégation départementale de Paris

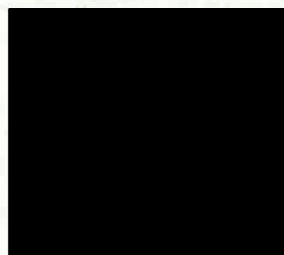
P/O Agence Régionale de Santé Île-de-France  
Délégation Départementale de Paris



Tanguy BODIN

Pour la Maire de Paris et par délégation,

La Directrice des Solidarités



Jeanne SEBAN

**Copie à :**

Monsieur Thierry Vallet  
Directeur  
EHPAD Jeanne d'Arc  
21 rue du Général Bertrand  
75007 PARIS

**Annexe :** Décisions prises dans le cadre de l'inspection de l'EHPAD « Jeanne d'Arc » réalisé à partir du 10 octobre 2024

**Injonctions :**

	Injonction envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses fournies	Décision
1	<p>Mettre en place des procédures de gestion et d'utilisation sécurisée des médicaments en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formalisant le circuit du médicament ;</li> <li>Etablissant une liste préférentielle de médicaments ;</li> <li>Gérant conformément à la réglementation les produits stupéfiants ;</li> <li>Mettant la date d'ouverture des médicaments utilisés sur les flacons ;</li> <li>Etablissant une liste de médicaments écrasables ;</li> <li>Interdisant l'administration des médicaments par les AS non formés bien que sous la responsabilité d'un IDE.</li> </ul>	<p><b>Écart 34 :</b> L'absence de formalisation du circuit du médicament spécifique à l'établissement augmente le risque lié au médicament. Cela constitue un risque pour la sécurité du résident, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.</p> <p><b>Écart 36 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une liste préférentielle de médicaments, ce qui contrevient à l'article L313-12 V du CASF.</p> <p><b>Écart 37 :</b> L'enceinte réfrigérée servant au stockage des médicaments thermosensibles est en état de mauvaise propreté apparente et contient des produits alimentaires, ce qui contrevient à l'article L311-3 1° CASF.</p> <p><b>Écart 38 :</b> L'administration des médicaments sous la responsabilité des IDE ne peut être réalisée par des AS n'ayant pas bénéficié de formation dédiée conformément aux articles L313-26 du CASF et R4311-4 du CSP.</p> <p><b>Remarque 43 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des stupéfiants spécifique.</p>	<p>Plusieurs documents ont été transmis par l'établissement :</p> <p>L'annexe 1 : Procédure sécurisation des étapes du circuit du médicament</p> <p>L'annexe 2 : liste préférentielle médicaments</p> <p>L'annexe 3 : Procédure gestion du circuit des stupéfiants</p> <p>L'annexe 4 : Fiches techniques spécialités contenant des stupéfiants</p> <p>L'annexe 5 : Protocole administration morphinique la nuit</p> <p>L'annexe 6 : Date flacons</p> <p>L'annexe 7 : liste des médicaments écrasables</p> <p>L'annexe 8 : protocole bonnes pratiques collaboration de l'administration des médicaments</p> <p>L'annexe 9 : L'administration de fiche de suivi et températures du réfrigérateur</p> <p>L'annexe 10 : Protocole conservation des médicaments</p> <p>L'annexe 11 -12 : photos réfrigérateur</p> <p>L'annexe 13 : sommaire des procédures et protocoles et fiches</p>	<p>L'analyse des documents transmis accompagnés du courrier de réponse montre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formalisation du circuit du médicament : le document fourni est une trame de procédure émanant du siège de l'organisme gestionnaire, à personnaliser par l'établissement, ce qui n'a pas été fait.</li> <li>Produits stupéfiants : les procédures fournies autorisent l'administration par des professionnels non-IDE de morphiniques la nuit.</li> <li>Administration par des professionnels non-IDE : la procédure prévoit bien l'existence d'une formation, mais permet à des professionnels non diplômés (faisant fonction AS et AVS) d'administrer des médicaments.</li> </ul>	<p><b>Injonction maintenue partiellement</b></p> <p>Formaliser un circuit du médicament spécifique à l'établissement.</p> <p>Administrer les produits stupéfiants conformément à aux recommandations et en fournir la preuve.</p> <p>Ne pas permettre l'administration de médicaments par des professionnels non diplômés et en fournir la preuve.</p>



	Injonction envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses fournies	Décision
		<p><b>Remarque 44 :</b> La date d'ouverture des flacons de consommables n'est pas indiquée. La date de fin d'utilisation n'est donc pas connue.</p> <p><b>Remarque 45 :</b> L'établissement ne dispose pas d'une liste de médicaments écrasables.</p>		<p>Ces points doivent être revus, en s'appuyant sur les recommandations de l'OMEDIT IDF et ARS IDF « Que dit la loi sur la PECM en EHPAD ».</p> <p>Une liste de médicaments écrasable et une liste préférentielle des médicaments de l'OMEDIT Normandie ont été transmis. La liste préférentielle est en l'état peu utilisable par les médecins traitants, et n'a pas été coconstruite avec eux.</p> <p>Les documents transmis permettent de retirer les parties de la mesure concernant l'entretien de l'enceinte réfrigérée et les dates d'ouverture sur les flacons.</p>	<p>Fournir la preuve de la formation des professionnels administrant des médicaments.</p> <p><b>Délai : 1 mois</b></p>
2	Assurer la sécurité et la circulation entre les professionnels des documents médicaux et des données médicales concernant les résidents en :	<b>Écart 19 :</b> Aucune procédure ne prévoit de manière sécurisée la gestion dossiers papiers, des ordonnances originales et les DLU, ce qui contrevient aux articles L311-3, 4° du CASF, L1110-4 et R4127-45 CSP.	L'établissement a transmis : L'annexe 14 : procédure de gestion du dossier médical papier, des ordonnances écrites et du DLU	<p>Les éléments fournis dans le courrier de réponse et les documents transmis montrent que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La sécurisation de la transmission des données</li> </ul>	<b>Injonction retirée</b>



Injonction envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses fournies	Décision
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmettant et traçant de manière sécurisée les informations médicales nominatives, notamment les ordonnances, et en veillant à rendre ces transmissions régulières pour une meilleure prise en charge des résidents ;</li> <li>• En protégeant la confidentialité des informations des résidents lors du remplissage des éléments médicaux.</li> <li>• Rédigeant une procédure afin de sécuriser ces données médicales.</li> <li>• Veillant à fermer systématiquement les portes ou voies d'accès aux ordinateurs hébergeant les logiciels de soins afin de protéger les données des résidents.</li> </ul>	<p><b>Écart 22</b> : La vérification du « bon remplissage des éléments médicaux » par l'agent d'accueil ne respecte pas la confidentialité des informations concernant le résident ce qui contrevient à l'article L311-3 4° CASF.</p> <p><b>Écart 35</b> : La transmission par l'établissement de façon non sécurisée des ordonnances des résidents, qui contiennent des données médicales nominatives, contrevient à l'article L311-3 4° du CASF et à l'article 32 du RGPD.</p> <p><b>Remarque 39</b> : Le poste de soins, bien que doté d'une possibilité de fermeture sécurisée, n'était pas fermé au jour de l'inspection, ce qui présente un risque pour la sécurité du matériel et des informations qu'il contient.</p> <p><b>Remarque 40</b> : L'ordinateur servant à l'accès au logiciel de soins pour les transmissions soignantes est situé dans un espace ouvert sur un lieu commun en UVP, ce qui ne permet pas une saisie des transmissions dans des conditions calmes et sécurisées.</p> <p><b>Remarque 41</b> : La traçabilité des soins sur support informatique à distance du soin majore le risque d'erreur.</p>	<p>L'annexe 15 : Emargement des IDE sur la procédure de gestion du dossier médical et des prescriptions</p> <p>L'annexe 17 : photos de sécurisation de local de soins</p> <p>L'annexe 18 : Document présentant une armoire informatique sécurisée</p> <p>L'annexe 32 : Compte-rendu d'une réunion du personnel de septembre 2023</p>	<p>médicales est en cours (mise en place d'une Messagerie Sécurisée de Santé pour l'envoi des ordonnances) ainsi que la sécurisation de l'accès au poste informatique en UVP (mise en place d'une armoire sécurisée).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'amélioration de la traçabilité et des transmissions soignantes est en cours (rappels au personnel et objectifs chiffrés).</li> </ul> <p>La réalisation des autres éléments de la mesure est validée : procédure de gestion des dossiers, respect du secret médical lors du remplissage des éléments médicaux, sécurisation du poste de soins.</p>	<p><b>Nouvelle prescription n°20</b></p>

Injonction envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses fournies	Décision
	<b>Remarque 42</b> : Les transmissions soignantes sont peu fréquentes et irrégulières dans certains dossiers de résidents, nuisant à la bonne transmission des informations entre équipes et au bon suivi de l'état des résidents.			

**Prescriptions :**

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
1	Rédiger et transmettre aux autorités le projet d'établissement	<b>Écart 1</b> : L'EHPAD ne dispose pas de projet d'établissement, ce qui contrevient à l'article L311-8 du CASF. <b>Écart 2</b> : En l'absence du projet d'établissement, la Mission d'inspection ne peut contrôler les modalités et la qualité de la prise en charge des résidents, ce qui contrevient à l'article L.311-3 du CASF.	L'établissement a indiqué travailler sur le projet d'établissement et sollicite un délai de 4 mois.	La mission reste en attente du projet d'établissement.	Prescription <b>maintenue</b> .  <b>Délai : 4 mois</b>
2	Rédiger et transmettre le plan bleu	<b>Écart 3</b> : L'établissement ne dispose pas d'un plan bleu, ce qui contrevient aux articles L311-8 2ème alinéa CASF, R311-38-1 CASF et R311-38-2 du CASF.	L'établissement a transmis le mail d'envoi du plan bleu à la délégation départementale de Paris.	Le plan bleu transmis ne concerne que le risque caniculaire et ne constitue pas un document prenant en compte tous les types de	Prescription <b>maintenue</b> . Compléter et transmettre le plan bleu en y intégrant :



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
				risques auxquels peut être exposés l'EHPAD et prévoyant la conduite à suivre en cas de réalisation du risque. Il manque également les annexes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le plan de reprise d'activité</li> <li>• Les actions de mise en œuvre du RETEX</li> <li>• Les annexes</li> </ul> <b>Délai : 2 mois</b>
3	<p>Mettre en conformité les conditions d'exercice du médecin coordonnateur en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentant le temps de travail de médecin coordonnateur pour que ce dernier soit à 0,60 ETP conformément à l'article D312-156 du CASF.</li> </ul> <p>Rédigeant et transmettant la fiche de poste du médecin coordonnateur signée par les deux parties.</p>	<p><b>Écart 4 :</b> Le temps de travail du médecin coordonnateur n'est pas conforme à l'article D312-156 du CASF ;</p> <p><b>Remarque 5 :</b> La fiche de poste du Médecin Coordonnateur n'est pas signée par les deux parties.</p>	L'établissement a transmis la fiche de poste signée par le directeur de l'établissement et le médecin coordonnateur.	L'établissement a transmis la fiche de poste signée du médecin coordonnateur, mais aucun élément sur la mise en conformité de son temps de présence.	<p><b>Prescription partiellement maintenue.</b></p> <p>Mettre en conformité le temps d'exerce du médecin coordonnateur et transmettre le nouveau contrat.</p> <p><b>Délai : 6 mois</b></p>
4	<p>Compléter les affichages obligatoires dans l'établissement en ajoutant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le règlement intérieur ;</li> <li>• Le règlement de fonctionnement ;</li> <li>• Les résultats de la dernière enquête de satisfaction.</li> </ul>	<b>Écart 5 :</b> Les affichages obligatoires sont incomplets, ce qui contrevient aux articles L311-4 CAS, R311-34 CASF, R311-32-1 CASF, L112-1 Code de la consommation, R314-162 CASF.	L'établissement a transmis une photo de la couverture d'un classeur d'affichages obligatoires censé contenir le règlement intérieur, le règlement de fonctionnement, les résultats de la dernière enquête de satisfaction des résidents et des familles ainsi que le dernier compte rendu du CVS et la liste des membres. Un affichage a été fait pour	L'établissement n'a pas transmis de photos du contenu de ce classeur à la mission afin de voir les différentes fiches de ce classeur.	<p><b>Prescription maintenue.</b></p> <p>Transmettre les photos contenues dans ce classeur montrant les affichages réglementaires.</p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
			indiquer que ce classeur était disponible à l'accueil.		<b>Délai : 1 mois</b>
5	<p>Mettre en conformité le CVS et s'assurer du bon fonctionnement en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veillant à la répartition des sièges entre des membres du CVS conformément à l'article D311-5 du CASF qui dispose que « <i>Le nombre des représentants des personnes accueillies, d'une part, et de leur famille ou de leurs représentants légaux, d'autre part, doit être supérieur à la moitié du nombre total des membres du conseil</i> ».</li> <li>• Mentionnant dans les comptes-rendus du CVS la personne tenant le secrétariat de séance ;</li> <li>• Transmettant le règlement intérieur du CVS signé par son président ;</li> <li>• Informant le CVS sur les EI, EIG les dysfonctionnements survenus et les solutions mises en place au sein de l'établissement.</li> </ul>	<p><b>Écart 6</b> : Le compte rendu du CVS ne fait pas mention d'un secrétariat de séance conformément à l'article D311-20.</p> <p><b>Écart 7</b> : La part de représentants des personnes accueillies et les représentants des familles/représentants légaux n'est pas supérieure à la moitié du nombre total des membres du CVS, ce qui contrevient à l'article D311-5 du CASF.</p> <p><b>Écart 8</b> : Le CVS n'est pas informé des événements indésirables, des dysfonctionnements ainsi que des actions correctrices mises en œuvre dans l'EHPAD ce qui contrevient à l'article R331-10 du CASF.</p> <p><b>Remarque 6</b> : Le règlement intérieur du CVS n'est pas signé.</p>	<p>L'établissement a transmis la liste des membres du CVS au 5 juin 2025, le compte-rendu de la séance du 18 juillet 2024 et le règlement intérieur du CVS signé par le précédent président.</p> <p>Les membres des collèges des résidents et des familles représentent 7 des 13 membres actuels du CVS. Le compte rendu du CVS mentionne le secrétaire de séance.</p>	<p>L'établissement n'a pas transmis la preuve de la présentation au CVS des événements indésirables, dysfonctionnements graves et actions correctrices.</p>	<p><b>Prescription partiellement maintenue.</b></p> <p>Transmettre la preuve la présentation au CVS des événements indésirables, événements indésirables graves, dysfonctionnements et les solutions mises en place au CVS.</p> <p><b>Délai : 3 mois</b></p>

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
6	<p>Afin de mieux accompagner les résidents et mettre en exergue les droits des résidents, l'établissement doit veiller à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégrer dans le livret d'accueil la charte des droits et des libertés ;</li> <li>• Mettre à disposition les moyens de recueil des directives anticipées ;</li> <li>• Informer sur l'accès aux personnes qualifiées ;</li> <li>• Mettre à disposition le règlement de fonctionnement ;</li> <li>• Formaliser et mettre à jour les projets individualisés ;</li> <li>• Compléter le livret d'accueil par des dispositions incluant la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.</li> </ul>	<p><b>Écart 26</b> : La charte des Droits et des Libertés ne figure pas dans le livret d'accueil, ce qui contrevient à l'article L311-4 du CASF.</p> <p><b>Écart 27</b> : La liste des personnes qualifiées n'est pas affichée et n'apparaît pas dans le livret d'accueil, ce qui contrevient aux articles L.311-5 et L311-3°5 du CASF.</p> <p><b>Remarque 11</b> : Le livret d'accueil de l'établissement ne contient aucun élément sur la promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance.</p>	<p>L'établissement a indiqué que : « Le livret d'accueil du résident est en cours de refonte. Il tient compte de vos remarques, afin d'y ajouter la liste des personnes qualifiées, la chartes des droits et libertés de la personne accueillie en annexe, ainsi que les actions de l'établissement en lien avec la promotion de bientraitance et la lutte contre la maltraitance. »</p>	<p>En attente de la transmission des documents demandés.</p>	<p><b>Prescription maintenue.</b></p> <p>Transmettre le nouveau document.</p> <p><b>Délai : 2 mois</b></p>
7	<p>Mettre en place des outils de pris en compte des besoins des résidents et une gestion</p>	<p><b>Écart 9</b> : L'établissement ne procède pas systématiquement à la mise en œuvre d'une enquête</p>	<p>L'établissement a transmis une photo de la couverture de son cahier de doléance pour les résidents et familles et indiqué que « la diffusion</p>	<p>Aucun élément n'a été transmis sur le contenu de ce cahier et sur les résultats n'ont pas été transmis.</p>	<p><b>Prescription maintenue.</b></p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
	<p>qualitative des réclamations et des plaintes en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisant systématiquement les enquêtes de satisfaction ;</li> <li>• Mentionnant dans le livret d'accueil les modalités du traitement des plaintes et réclamations ainsi que le délai de traitement ;</li> <li>• Insérant dans le contrat de séjour des dispositions concernant la manière d'exprimer les plaintes et leur circuit et délais de traitement ;</li> <li>• Mettant à disposition des résidents et des familles, au niveau de l'accueil, un cahier de réclamations et de doléances.</li> <li>• Informant les résidents sur les suites de leur traitement.</li> </ul>	<p>de satisfaction, ce qui contrevient à l'article D311-21 du CASF.</p> <p><b>Écart 29</b> : L'établissement n'a pas procédé à une enquête de satisfaction pour les années 2023 et 2024 ce qui contrevient à l'article D311-21 °3 du CASF.</p> <p><b>Remarque 14</b> : Il n'est pas mis à disposition des résidents et des familles un cahier de recueil des réclamations et /ou doléances.</p> <p><b>Remarque 15</b> : Le contrat de séjour ne mentionne pas la manière dont les plaintes sont recueillies et le délai de traitement.</p>	<p>de l'information sera faite avant la fin du mois d'août 2025 à l'ensemble des familles et des résidents, ainsi que lors du prochain CVS ». L'EHPAD a également mené une enquête de satisfaction auprès des résidents et familles en 2025.</p>	<p>Dans l'attente de la transmission des résultats de l'enquête de satisfaction 2025 et les modalités de traitement des réclamations en interne avec inscription au livret d'accueil.</p>	<p>Transmettre les documents demandés.</p> <p><b>Délai : 3 mois</b></p>
8	<p>Consolider les outils d'amélioration continue de la qualité en :</p>	<p><b>Remarque 7</b> : L'absence de référent qualité au sein de l'établissement ne contribue pas au développement de l'amélioration de la qualité dans la structure.</p>	<p>L'établissement n'a pas transmis d'éléments.</p>	<p>La mission reste en attente des documents demandés.</p>	<p><b>Prescription maintenue.</b></p> <p>Transmettre les documents demandés.</p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettant en place un plan d'amélioration de la qualité complet permettant de connaître les actions à réaliser et permettant leur suivi par des indicateurs ;</li> <li>Mettant en place un COPIL qualité ;</li> <li>Mettant en place un référent qualité dans l'établissement ;</li> <li>Mettant en place un groupe d'analyse des pratiques animé par un intervenant extérieur à l'établissement.</li> </ul>	<p><b>Remarque 8</b> : L'établissement ne dispose pas de COPIL qualité.</p> <p><b>Remarque 9</b> : Le plan d'amélioration continue de la qualité transmis n'est pas complet et ne permet pas un suivi complet des actions à mettre en place dans l'EHPAD.</p> <p><b>Remarque 10</b> : Le plan d'amélioration continue transmis par l'établissement n'est pas cohérent, ce qui ne permet pas un suivi effectif des mesures à mettre en place dans l'EHPAD, et ne contiennent pas les actions à mettre en place à la suite du rapport d'évaluation externe.</p> <p><b>Remarque 23</b> : L'établissement n'a pas mis en place des groupes d'analyse de pratiques ou de parole au bénéfice de ses salariés.</p>			<b>Délai : 3 mois</b>
9	<p>Mettre en place une culture de gestion des EI et EIG, de lutte contre la maltraitance et d'amélioration de pratiques professionnelles en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formalisant une procédure de déclaration des EIGS intégrant le circuit de</li> </ul>	<p><b>Écart 10</b> : Le circuit de déclaration des EIGS n'est pas mentionné dans la procédure, ce qui contrevient aux articles R1413-67 et 68 du CSP.</p> <p><b>Écart 11</b> : La protection des salariés déclarant un EIG n'est pas rappelée dans la fiche de procédure des EIG, ce qui</p>	L'établissement a indiqué être conscient « de la nécessité d'une meilleure appropriation de cette démarche de la déclaration des événements indésirables, qu'ils soient graves ou non, au sein de l'établissement ».	L'EHPAD a envoyé la même procédure de gestion des événements indésirables qu'en phase initiale en déclarant que celle-ci « indique les modalités de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins en page 2 ».	<p><b>Prescription maintenue.</b></p> <p>Transmettre les preuves des éléments demandés.</p>

Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
<p>déclaration de ces événements dans la procédure de l'établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclarant systématiquement les EIG aux autorités de tutelle ;</li> <li>• Sensibilisant les salariés à la culture de la déclaration afin de maîtriser le circuit de déclaration ;</li> <li>• Rappelant au personnel la protection des salariés qui déclarent les EI et EIG et en l'inscrivant dans la procédure de l'établissement ;</li> <li>• Intégrant dans le PACQ les actions correctives prises lors des RETEX sur les EI et EIG ;</li> </ul>	<p>contrevient à l'article L313-24 du CASF.</p> <p><b>Écart 12</b> : Des chutes graves, constituant des EIGS, ne sont pas signalées aux autorités de contrôle, ce qui contrevient à l'article R1413-68 du CSP.</p> <p><b>Écart 13</b> : L'absence de déclarations des EI et EIG aux autorités de contrôle contrevient à l'article R331-8 du CASF.</p> <p><b>Remarque 16</b> : Les circuits de déclaration des EI sont insuffisamment connus dans l'établissement.</p> <p><b>Remarque 17</b> : L'analyse des événements indésirables survenant au sein de l'établissement ne donne pas lieu à des actions préventives intégrées dans le PACQ.</p> <p><b>Remarque 12</b> : L'établissement ne dispose pas d'une procédure de gestion des situations de violence et de harcèlement sexuel dédiée.</p> <p><b>Remarque 13</b> : L'établissement ne dispose pas d'une procédure spécifique aux signalements de cas de maltraitance.</p>	<p>Il a été transmis à la mission une charte d'incitation et de non-punition au signalement des EI et EIG, une affiche d'incitation à la déclaration des EI et EIG, un support de formation pour la sensibilisation à la déclaration des EI et EIG, un quizz sur les événements indésirables et l'émargement à une formation « Améliorer le signalement des événements indésirables et des événements indésirables graves en établissement ».</p>	<p>Le circuit est mentionné mais ces événements sont catégorisés à tort sous l'abréviation « EIAS » alors qu'ils constituent des « EIGS » définis à l'article R1413-67 du code de la santé publique. Les « EIAS », événements indésirables associés aux soins, sont définis à l'article R1413-66-1 du même code et n'ont pas le même critère de gravité qu'un EIGS. La procédure doit donc être mise à jour pour clarifier ce problème de qualification.</p> <p>La mission prend note des éléments transmis et des actions mises en place par l'EHPAD. La formation des personnels reste encore limitée, la procédure de déclaration et de gestion n'a pas été mise à jour et aucune déclaration d'EIG n'a été faite par l'EHPAD depuis l'inspection.</p>	<p><b>Délai : 3 mois</b></p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
10	<p>Rédiger et transmettre aux autorités de contrôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des fiches de postes propres aux AS et aux aides de soins distinguant leurs missions ;</li> <li>Les plannings distinguant les AS et aide de soins ;</li> <li>Les fiches de tâches heurées de chaque catégorie de personnel de l'établissement ;</li> <li>Les plannings M, M+1 et M+2 indiquant le chevauchement des horaires du personnel soignants pendant les transmissions afin de prouver la continuité de soins de qualité.</li> </ul> <p>Mettre en place un temps de chevauchement entre les équipes pendant les transmissions.</p>	<p><b>Écart 15</b> : L'absence des fiches de tâche propres à chaque métier, hors IDE, le manque de clarté dans la confection des plannings et les absences conduisent à des glissement de tâches, ce qui contrevient aux articles L.4391-1 du CSP (exercice aide-soignant) et arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au DEAS, D451-88 et -89 CASF et annexe 1 de l'arrêté du 30 août 2021 relatif au DE AES (missions AES), R4311-1 CSP (missions IDE), D312-155, 2° et II CASF L311-3, 1° CASF (Sécurité du résident).</p> <p><b>Écart 25</b> : La direction de l'établissement n'a pas mis en place une organisation de la continuité des soins pendant le temps de chevauchement des plannings des agents. La gestion de ce temps de chevauchement d'équipes effectué librement par les agents, ce qui contrevient à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des résidents à l'article L311-3 1° du CASF.</p>	<p>L'établissement a transmis un document détaillant les cycles de travail des AS et IDE, les fiches de poste des agents de soin et des AS, les fiches de tâches heurées des agents des services logistiques (ASL) pour tous les étages et des soignants pour l'UVP et pour les autres étages, les plannings AS et agent de soin d'août, septembre et octobre 2025 ainsi qu'un document détaillant la présence des soignants auprès des résidents pendant les temps de pause.</p> <p>Les fiches de tâches transmises ne distinguent pas les AS et agents de soins ainsi que leurs missions. De plus, les fiches de tâches transmises datent de 2014, sans mise à jour depuis, et celles des personnels de nuit n'ont pas été communiquées à la mission.</p> <p>Le document « Cycles salariés » indique que certains soignants de jour ont comme horaires « 8h15-20h15 », ce qui chevauche les horaires des soignants de nuit qui commencent à 20h. Cependant les fiches de tâches heurées et la liste des cycles de travail des AS n'indiquent pas que des AS ou</p>	<p>L'établissement a transmis les fiches de postes propres aux AS et agents de soins demandés. Le contenu de ces fiches de poste est conforme.</p> <p>Il est indiqué dans les plannings un temps de transmission uniquement pour les IDE mais pas pour les AS et aide de soins.</p> <p>Les fiches de tâches heurées de tous les personnels n'ont pas été transmises et les plannings communiqués ne font pas apparaître les temps de transmissions entre IDE, AS et agents de soins ainsi qu'entre l'équipe de jour et celle de nuit.</p>	<p>La prescription est <b>partiellement maintenue</b> sur la transmission des fiches de tâches heurées de tous les personnels et des plannings des équipes permettant de vérifier les temps de transmissions entre IDE, AS et agent de soins ainsi que les temps de transmission entre l'équipe du jour et l'équipe de nuit.</p> <p>Transmettre les éléments demandés.</p> <p><b>Délai : 3 mois</b></p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
		<p><b>Remarque 24 :</b> La présentation des plannings ne permet pas d'analyser les modalités d'agencement des missions des AS et des agents des soins par unité ou par étage d'une part et d'autre part le nombre d'agent hôtelier affecté à chaque service n'est pas identifié.</p> <p><b>Remarque 25 :</b> La rédaction des plannings ne permet pas une analyse claire et fiable de l'agencement des horaires entre les AS, les AMP et les aides de soins mais aussi leur positionnement au sein des équipes.</p>	agents de soins terminent plus tard que 20h. Les plannings ne contiennent pas la légende des horaires effectués par les personnels, la mission ne peut donc s'assurer que des temps de chevauchements existent entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.		
11	<p>Mettre en place une politique de gestion des ressources humaines et de lutte contre l'absentéisme en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettant à jour les éléments de suivi du personnel (registre unique du personnel et les dossiers du personnel),</li> <li>Mettant en place une procédure d'accueil pour les nouveaux arrivants,</li> </ul>	<p><b>Remarque 18 :</b> Le Registre Unique du Personnel n'est pas à jour.</p> <p><b>Remarque 19 :</b> Le taux d'absentéisme en évolution constante sur deux années consécutifs peut fragiliser l'équilibre des équipes étant donné que certains 11 agents sont à temps partiel avec des faibles quotités.</p>	<p>L'établissement a transmis le RUP ainsi que la trame du livret des salariés.</p> <p>L'EHPAD a également indiqué les éléments suivants : Le recrutement de deux infirmiers en CDI, La réalisation par un organisme partenaire d'une « enquête interne sur l'absentéisme ». Les résultats sont en attente,</p>	<p>La mission prend en compte les recrutements effectués ainsi que les actions mises en place par l'établissement en matière de mise à jour des éléments de suivi du personnel, notamment avec l'envoi du RUP mis à jour, et de lutte contre l'absentéisme.</p> <p>Dans l'attente de l'envoi d'éléments sur la mise à jour des dossiers du personnel ainsi</p>	<p><b>Prescription maintenue.</b></p> <p>Transmettre les éléments de preuve.</p> <p><b>Délai : 3 mois</b></p>

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettant en place des moyens de lutte contre l'absentéisme.</li> </ul>	<p><b>Remarque 20</b> : Les dossiers du personnel ne sont pas complets et à jour.</p> <p><b>Remarque 22</b> : L'établissement ne dispose pas d'une procédure d'accueil pour les nouveaux salariés.</p>	La mise à jour des dossiers des personnels en CDI a été faite et que celle des CDD était en cours.	que les résultats de l'enquête interne et le plan d'action en lien avec celle-ci.	
12	Transmettre aux autorités les diplômes et les inscriptions aux ordres des professionnels libéraux intervenant dans l'établissement.	<b>Écart 14</b> : Les diplômes et les inscriptions aux ordres n'ont pas été présentés à la mission d'inspection ; ce qui contrevient aux articles D4321-14 CSP (diplôme masseur-kiné), D1172-2 CSP (professionnels pouvant dispenser des activités physiques adaptées), L4332-2 CSP (diplôme psychomotricien), L312-1 II 4°alinéa CASF (qualification des professionnels)	L'établissement a transmis des captures d'écran de mails aux kinésithérapeutes et à l'orthophoniste intervenant dans l'EHPAD demandant de transmettre leurs diplômes et inscriptions aux ordres. Ont également été envoyés le diplôme et l'inscription à l'ordre d'une kinésithérapeute ainsi qu'un certificat provisoire de capacité de l'orthophoniste.	La mission prend en compte les éléments transmis et reste en attente des retours des autres professionnels.	<p>Prescription <b>maintenue</b>.</p> <p>Transmettre les éléments demandés.</p> <p><b>Délai : 1 mois</b></p>
13	<p>Mettre en place un suivi qualitatif des informations concernant la vie des résidents en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenant un registre des entrées et des sorties des résidents et faire signer le registre par le maire ;</li> </ul>	<p><b>Écart 16</b> : L'établissement ne tient pas de registre des entrées et sorties, ce qui contrevient à l'article L331-2 du CASF.</p> <p><b>Écart 17</b> : L'absence de document prenant en compte l'expression de la volonté et le recueil des besoins des résidents ne permet pas de garantir une prise en charge de</p>	<p>L'établissement a transmis une attestation de remise des documents à l'entrée dans l'établissement, incluse comme annexe dans le contrat de séjour.</p> <p>L'établissement a indiqué que dès la signature du contrat de séjour le recueil des directives anticipées est fait auprès du résident. Le dossier du</p>	La trame d'attestation de remise de documents ne prouve pas la complétude des dossiers des résidents. L'établissement n'a pas apporté de preuves de la mise à jour des dossiers des personnes accueillies et ne justifie pas de la présence d'un	<p>Prescription <b>maintenue</b>.</p> <p>Transmettre les preuves de mise à jour des dossiers</p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
	<ul style="list-style-type: none"> <li>En mettant à jour les dossiers des résidents afin de parfaire leur suivi individuel et permettre le recueil de leur consentement à chaque fois que cela est nécessaire.</li> </ul>	<p>qualité ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 7° du CASF.</p> <p><b>Écart 18</b> : Les dossiers administratifs des résidents ne sont pas complets, ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° et 4° du CASF.</p>	<p>résident est actualisé sur le logiciel de soins s'il formule des directives.</p> <p>L'attestation de remise des documents est intégrée au dossier administratif papier du résident mais n'est pas retranscrite sur le logiciel de soins.</p>	cahier des entrées et des sorties.	<b>Délai : 1 mois</b>
14	<p>Rédiger et transmettre des procédures relatives à l'admission et à la mise en place des projets personnalisés en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Prenant en compte les besoins quotidiens des résidents et des familles lors renouvellement des projets personnalisés et solliciter systématiquement leur adhésion ;</li> <li>Expliquant aux résidents les modalités de rédaction des projets personnalisés dans la procédure d'admission ;</li> <li>Créant une circulation des informations entre des résidents entre le professionnels dans la mise</li> </ul>	<p><b>Écart 23</b> : L'établissement n'associe pas les résidents et les familles au renouvellement des projets personnalisés, ce qui contrevient à l'article L311-3 7° du CASF.</p> <p><b>Remarque 26</b> : La procédure d'admission de l'établissement ne prévoit pas l'élaboration d'un projet personnalisé.</p> <p><b>Remarque 27</b> : La procédure d'admission de l'établissement ne reprend pas les éléments relatifs à l'accueil du résident prévus dans la procédure groupe COS Alexandre Glasberg.</p> <p><b>Remarque 28</b> : La prise en compte des observations de l'ensemble des professionnels intervenant auprès des résidents</p>	<p>L'établissement a transmis un émargement d'une réunion de projet personnalisé, un modèle vierge de projet, une procédure groupe guide pour son élaboration et un guide pour l'entretien.</p> <p>La procédure groupe, non datée, prévoit notamment l'inscription de la démarche de projet personnalisé au projet d'établissement, la définition d'un référent, la co-construction avec l'usager, la famille et les professionnels et la mise en place d'indicateur de suivi des projet personnalisés réalisés.</p> <p>Le model de projet personnalisé reprend les habitudes de vies, besoin, capacités et envies du résident.</p>	<p>La procédure relative aux projets personnalisés du groupe n'est pas déclinée au niveau de l'établissement.</p> <p>La procédure d'admission actualisée n'a pas été transmise.</p> <p>Le modèle de projet personnalisé ne met pas en évidence les objectifs, les moyens pour les atteindre, le délai de mise en œuvre et la date de réévaluation.</p> <p>La liste d'émargement de réactualisation ne comporte que des professionnels</p> <p>L'effectivité de l'association des résidents et familles au</p>	<p><b>Prescription partiellement maintenue</b> sur la rédaction de la procédure d'admission</p> <p>3 mois</p> <p>Transmettre le tableau prévisionnel de réévaluation des projets personnalisé et la preuve de l'association des résidents et des familles</p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
	en place des projets individuels.	n'est pas faite dans le cadre du projet personnalisé. <b>Remarque 29</b> : L'absence de projet personnalisé dans les dossiers résidents et l'absence d'enregistrement de dates dans le logiciel de soins ne permettent pas de s'assurer de l'élaboration de projets personnalisés par l'établissement.	La liste d'émargement concerne une réunion de réactualisation du projet de deux résidents ainsi qu'un temps d'échange autour de la situation d'un troisième résident.	renouvellement des projets n'est pas démontrée.	
15	Etablir et transmettre les conventions signées avec les professionnels libéraux.	<b>Écart 24</b> : La mission ne peut s'assurer que tous les médecins traitants intervenant dans l'EHPAD ont signé un contrat-type prévu par l'article L314-2 du CASF.	L'établissement a transmis trois conventions kiné et deux conventions médecin (sur les 12 médecins intervenants dans l'établissement).	Dans l'attente des autres conventions.	<b>Prescription Partiellement maintenue</b>  Transmettre toutes les conventions signées. <b>Délai : 1 mois</b>
16	Mettre en place une procédure pour les contentions en s'assurant de la prise en compte du consentement de l'usager ou de son représentant ou de sa famille.	<b>Écart 28</b> : En l'absence de procédure dédiée aux contentions, la mission ne peut s'assurer de la recherche du consentement de la personne, la prescription systématique des contentions ainsi que la réunion d'une équipe pluridisciplinaire pour dresser un bilan bénéfice/risque (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).	L'établissement a transmis une procédure de l'organisme gestionnaire datée du 25 août 2021.	La procédure ne précise pas comment est mise en place la surveillance après la pose de la contention et sous quel délai la réévaluation de la contention est faite ainsi que si la recherche du consentement du résident et/ou de sa famille ou ses proches est systématiquement faite avant la pose de la contention.	La mission prend en compte la procédure transmise mais des précisions sont à apporter sur la notion de surveillance et de consentement en lien avec la contention.  <b>Prescription partiellement maintenue dans l'attente de</b>

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
					transmission de la procédure mise à jour ou de documents complémentaires.  <b>Délai : 3 mois</b>
17	<p>Adopter les bonnes pratiques professionnelles pendant les repas en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Interdisant aux personnels aidant au repas la position debout et les former à l'adoption d'une position sécurisée afin d'éviter des troubles de déglutition.</li> <li>Formant le personnel à l'adoption des positions sécurisées pendant les repas.</li> </ul> <p>Transmettre tout document permettant de montrer la mise en place de l'interdiction ainsi que les éléments relatifs à la formation des professionnels.</p>	<p><b>Écart 30</b> : La station debout du professionnel lors de l'aide aux repas entraîne un risque de mauvais positionnement du résident et donc une majoration du risque de fausse route, ce qui contrevient à l'article L311-3, 3° du CASF.</p> <p><b>Écart 32</b> : Certains des personnels qui aident en salle de restauration ne sont pas formés aux troubles de la déglutition et à la prévention des fausses routes. Référence Article L311-3, 1° du CASF.</p>	<p>L'établissement a transmis un bon d'achat pour deux tabourets et a indiqué que « Depuis la visite de contrôle, il a été demandé aux soignants d'être assis lors de l'aide au repas. Par ailleurs, nous passons commande de 2 tabourets afin de faciliter le travail des soignants [...] le médecin coordonnateur de l'établissement, prévoit une formation sur les troubles de la déglutition à l'ensemble du personnel. Les feuilles de présence ainsi que le contenu vous seront communiquées ultérieurement ».</p>	<p>La mission d'inspection a pris note de la mise en conformité des éléments constatés. Cependant, elle reste dans l'attente des feuilles d'émargement et du support de formation.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b></p> <p>Transmettre les documents demandés.</p> <p><b>Délai : 1 mois</b></p>
18	<p>Assurer un meilleur suivi des besoins des résidents afin de préserver une bonne qualité de leur prise en charge en :</p>	<p><b>Écart 21</b> : Les données fournies relatives aux appels du système d'appel-malade de l'établissement montrent que le temps de réponse n'est pas réactif par rapport aux</p>	<p>Le suivi de l'état nutritionnel comprend des pesées programmées de façon mensuelle, un exemple de pesées pour un résident a été fourni.</p>	<p>Les documents transmis ne permettent pas de s'assurer de l'effectivité des pesées mensuelles, alors que les documents transmis en phase</p>	<p>La prescription est <b>partiellement maintenue</b> pour les points suivants :</p>



Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettant en place un suivi régulier de l'état nutritionnel de tous les résidents et s'assurer de son effectivité, notamment via des pesées mensuelles ;</li> <li>Rédigeant un protocole de gestion des toilettes avec un planning des changes ;</li> <li>Rédigeant une procédure sur la gestion des stocks des protections afin de s'adapter aux besoins de chaque résident ;</li> <li>Proposant systématiquement des collations nocturnes ;</li> <li>Mettant en place une commission menu ;</li> <li>Informant sur les aliments de remplacement en proposant un met substituable ;</li> <li>Rédigeant et transmettant un projet d'animation de l'UVP.</li> </ul> <p>Mettre en conformité le temps de réponse des appels malades.</p>	<p>sollicitations, ce qui ne permet pas de garantir la sécurité des résidents (Référence : Article L311-3, 1° du CASF).</p> <p><b>Écart 31</b> : La surveillance du poids n'est pas réalisée de façon mensuelle, entraînant une moindre qualité du suivi de l'état nutritionnel, ce qui contrevient à l'article L311-3 3° CASF et est contraire aux RBPP-Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus-HAS-2021.</p> <p><b>Écart 33</b> : L'établissement n'a pas mis en place une procédure de suivi des protections pour répondre de manière ciblée aux besoins de chaque résident, ce qui contrevient à l'article D312-155-0, 3° CASF.</p> <p><b>Remarque 30</b> : L'établissement n'a pas établi de projet d'animation formalisé pour l'UVP</p> <p><b>Remarque 31</b> : Il n'y a plus de commission menu en place dans l'établissement.</p> <p><b>Remarque 33</b> : L'établissement ne mentionne pas systématiquement les aliments de remplacement</p>	<p>Les collations nocturnes sont proposées par le personnel de nuit, et actuellement non tracées.</p> <p>Un travail sur les protections a été mené, des documents sur la formation du personnel et le suivi des toilettes et changes ont été transmis.</p> <p>Une commission menu se tient une fois par an.</p> <p>Le projet d'animation 2025 comporte une animation réservée aux résidents de l'UVP et deux animations leurs sont ouvertes.</p>	<p>initiale montraient une fréquence insuffisante des pesées.</p> <p>Les documents transmis ne permettent pas de s'assurer que les collations nocturnes sont systématiquement proposées.</p> <p>Il n'y a pas de projet d'animation spécifique pour les résidents de l'UVP.</p> <p>Le compte rendu de la commission animation 2025 ne permet pas de savoir si un représentant des résidents de l'UVP (famille ou mandataire judiciaire) était présent.</p> <p>La commission de 2024 ne comptait aucun résident, ce qui a été rectifié en 2025.</p> <p>Les éléments transmis permettent de valider les actions concernant les protections et les toilettes.</p>	<p>-Peser mensuellement les résidents et en fournir la preuve</p> <p>-Proposer systématiquement une collation nocturne et en fournir la preuve</p> <p>-Transmettre des éléments sur la mise en conformité des temps de réponse aux appels malades</p> <p>-Compléter le programme d'animation transmis pour indiquer les événements mis en place ou impliquant les résidents de l'UVP.</p> <p><b>Délai : 3 mois</b></p>

	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
		<p>pour les aversions et allergies des résidents.</p> <p><b>Remarque 34</b> : Le plat principal n'est pas substituable.</p> <p><b>Remarque 35</b> : La durée du jeûne nocturne est supérieure à 12 heures et une collation n'est pas systématiquement proposée aux résidents.</p> <p><b>Remarque 36</b> : L'établissement n'a pas de protocole de gestion des toilettes.</p> <p><b>Remarque 37</b> : Les changes ne sont pas formalisés par un protocole et aucun planning n'est établi pour le suivi des changes.</p>		L'établissement n'a pas transmis d'éléments sur les appels malades.	
19	<p>Sécuriser les espaces de circulation pour préserver la liberté d'aller et venir des résidents et garantir l'entretien des ascenseurs afin de permettre la mobilité des résidents.</p> <p>Transmettre les éléments démontrant les réparations apportées à l'ascenseur suite à la panne constatée le 10 octobre 2024.</p>	<p><b>Écart 20</b> : Les dysfonctionnements récurrents des ascenseurs de l'établissement ne sont pas compatibles avec la sécurité des résidents ce qui contrevient à l'article L311-3, 1° du CASF.</p>	<p>L'établissement a indiqué « Les personnes ressources du siège travaillent actuellement en lien avec l'établissement à une redéfinition du besoin d'entretien et de maintenance des ascenseurs. Ainsi début 2026, un prestataire reprendra le contrat de maintenance des ascenseurs en place ».</p> <p>L'EHPAD a également transmis le bulletin d'intervention pour la panne constatée le 10 octobre et l'avenant de prolongation du contrat de maintenance actuel.</p>	<p>La mission prend en compte les éléments transmis par l'établissement ainsi que les actions mises en place et reste en attente de l'envoi du contrat du nouveau prestataire.</p>	<p><b>Prescription maintenue</b> dans l'attente de l'envoi du contrat du nouveau prestataire.</p> <p><b>Délai : 3 mois</b></p>



	Prescription envisagée	Réf Rapport	Réponse établissement au contradictoire	Analyse des réponses de l'établissement	Décision
20	Sécuriser la prise en charge des résidents en : -Mettant en place une messagerie sécurisée de santé, et en apporter la preuve ; -Transmettant les photographies des armoires sécurisées installées ; -Apportant la preuve de l'amélioration de la traçabilité et des transmissions soignantes.				<b>Nouvelle prescription</b>  <b>Délai : 2 mois</b>

**Recommandations :**

	Recommandations envisagées	Réf. Rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
1	Afficher l'organigramme au sein de l'établissement	<b>Remarque 1 :</b> L'organigramme n'est pas affiché dans l'enceinte de l'établissement.	L'établissement a transmis des photos de l'organigramme affiché.	<b>Recommandation retirée</b>
2	Transmettre la liste des personnes réalisant les astreintes et un planning du mois M+1, M+2 et M+3	<b>Remarque 2 :</b> Le nombre de personnes participant aux astreintes ne correspond pas aux professionnels cités pendant les entretiens.	L'établissement a transmis le planning d'astreinte pour l'année 2025. Il est bien indiqué que cinq personnes participent aux astreintes.	<b>Recommandation retirée</b>
3	Transmettre la procédure d'urgence ou de gestion de crise pendant la nuit	<b>Remarque 3 :</b> L'établissement n'a pas présenté de procédure en cas d'urgence ou de crises pendant la nuit.	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.	<b>Recommandation maintenue</b>

	Recommandations envisagées	Réf. Rapport	Réponse de l'établissement au contradictoire	Décision
4	Rédiger et transmettre la fiche de poste de l'IDEC signée par les deux parties.	<b>Remarque 4</b> : L'IDEC ne dispose pas d'une fiche de poste signée par les deux parties.	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.	Recommandation <b>maintenue</b>
5	Encourager les formations pouvant conduire à la VAE et mettre en valeur les possibilités de mobilité via les VAE ou en interne	<b>Remarque 21</b> : L'établissement propose plusieurs formations ou mi-formations dans divers domaines, cependant il n'a pas été présenté de procédure de formation ou d'orientation en VAE pour permettre aux aides de soins d'accéder aux formations diplômantes.	L'établissement a indiqué que des ateliers « Conseil en Evolution Professionnelle » sont régulièrement organisés dans l'EHPAD, un a eu lieu le 19 juin 2025 et le prochain aura lieu le 14 octobre, et abordent les questions de VAE et l'accompagnement des salariés.	Recommandation <b>retirée</b>
6	Veiller au respect des règles d'hygiène et de propreté des locaux et matériels.	<b>Remarque 32</b> : Les règles d'hygiène ne sont pas appliquées lors de la manipulation des poubelles pendant le service en salle. <b>Remarque 38</b> : Le poste de soins et le local pharmacie sont vétustes et ne sont pas en bon état de propreté apparente.	L'établissement n'a pas transmis d'éléments.	Recommandation <b>maintenue</b>
7	Transmettre les annexes de la convention avec la HAD relative à la prise charge et le protocole de soins.	<b>Remarque 46</b> : Les annexes de la convention relative à la HAD permettant de voir prise la prise charge et le protocole de soins n'ont pas été fournies.	L'établissement a transmis une convention de coopération avec l'AP-HP en date du 18 août 2025 qui a été signé par l'EHPAD et est en attente de signature par l'AP-HP.	Dans l'attente de la communication de la convention signée par les deux parties.  Recommandation <b>maintenue</b>
8	Formaliser une convention avec les réseaux de soins palliatifs avec lesquels l'établissement est en lien.	<b>Remarque 47</b> : L'établissement n'a pas présenté de convention avec une équipe mobile de soins palliatifs.	L'établissement a transmis une convention avec le réseau de santé Paris Ouest signée et en date du 23 mai 2016.	Recommandation <b>retirée.</b>